

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

321

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 juin 1896, à 1 heure

PAR

GASTON CHARVILHAT

Né à Bromont-Lamothe (Puy-de-Dôme), le 30 juin 1869

—†—

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA GRENOUILLETTE SUS-HYOIDIENNE

Président : M. TILLAUX.

Juges : MM. { MARCHAND, professeur.
 POIRIER, BROCA, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 juin 1896, à 1 heure

PAR

GASTON CHARVILHAT

Né à Bromont-Lamothe (Puy-de-Dôme), le 30 juin 1869

—†—

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA GRENOUILLETTE SUS-HYOÏDIENNE

Président : M. TILLAUX.

Juges : MM. { MARCHAND, professeur.
 { POIRIER, BRÔCA, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

321

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.	N.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
Clinique médicale.	STRAUS.
	G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des malad. des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.
MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRÉ	GILLE DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef	VARNIER.
BROCA	HARTMANN	des travaux	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	anatomiques	WEISS
CHARRIN.	LEJARS	RETTERRER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET.	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité
Commandeur de la Légion d'Honneur.

Ayant eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le docteur Reynier, à l'hôpital Tenon, un cas vraiment rebelle de grenouillette sus-hyoïdienne ayant résisté à tous les traitements jusqu'au moment où l'on pratiqua l'extirpation complète du kyste, nous avons cru qu'il serait intéressant de reprendre l'étude de cette affection, et d'en réunir les observations.

Nous avons pu recueillir ainsi 16 observations de grenouillette sus-hyoïdienne vraie.

Dans presque tous les cas, l'histoire de l'affection semble montrer clairement qu'elle n'est qu'une dépendance de la grenouillette vulgaire, et il nous a semblé, à la lecture des divers auteurs, que cette dernière avait souvent passé inaperçue, ce qui explique en partie les divergences de vue touchant la pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne.

Mais avant de commencer l'étude du sujet qui

fait l'objet de cette thèse, la reconnaissance nous fait un devoir de témoigner de notre gratitude aux maîtres qui ont bien voulu nous guider dans nos études.

A M. le docteur Pojolat à qui nous devons nos premières connaissances anatomiques et qui dans la suite n'a cessé de nous montrer sa bienveillance.

A la mémoire de M. le docteur Ledru, sous la direction de qui nous avons commencé l'étude de la pathologie externe. A MM. les docteurs Gagnon, Bousquet, Tixier, Domif et Fouriaux dont nous avons eu l'honneur de profiter des leçons et des conseils. A tous nos maîtres des hôpitaux de Paris.

A M. le professeur Tillaux pour l'honneur qu'il a daigné nous faire en voulant bien accepter de présider cette thèse.



CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire de la grenouillette sus-hyoïdienne vraie est de date récente : les anciens décrivaient sous le nom de grenouillettes une foule d'affections n'ayant entre elles que des rapports de siège régional. Pour Hippocrate c'étaient des inflammations, pour Celse des abcès, pour Aétius des dilatations variqueuses, pour Avicenne des amas d'humidité visqueuse, etc.

Au temps d'Ambroise Paré, la question n'avait guère progressé et ce chirurgien ne voyait dans la grenouillette qu'un amas de matière pituiteuse tombant du cerveau.

L'anatomie des glandes salivaires fit faire un grand pas à la question. Après que Wharton eut découvert en 1656, le canal excréteur de la glande sous-maxillaire et qui, quelques années plus tard,

Rivinus, Bartholin et Walther eurent décrits ceux de la glande sublinguale, les chirurgiens se firent une idée plus juste de la nature de la grenouillette qui fut, dès lors, regardée comme un kyste salivaire.

Malgré ces travaux, il n'est guère de points de la pathologie qui aient eu au même degré que la grenouillette, le privilège de susciter de si longues controverses, et comme il arrive d'ordinaire en pareil cas, les opinions émises d'une façon trop exclusive ont cédé le pas à des idées moins théoriques et plus en rapport avec l'observation des faits. Aujourd'hui la grande majorité des chirurgiens ne considèrent plus comme exactes les conclusions de l'Académie de chirurgie, qui n'admettait pour toutes les grenouillettes qu'une pathogénie unique.

Cependant la grenouillette sus-hyoïdienne reste mal connue; à part quelques observations diffuses, la littérature médicale est pauvre sur cette question.

Jobert de Lamballe donne quelques détails sur la pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne, dans le tome I de son *Traité de chirurgie pratique*, mais pour lui elle n'est que la conséquence du développement anormal d'un kyste de la bourse muqueuse de Fleischmann.

Leflaive dans sa thèse de 1852, aborde indirectement notre sujet. Nous en dirons autant des thèses de Demons et de Pichon qui consacrent, chacun, quelques lignes à la description des accidents que peut entraîner la propagation de la grenouillette dans la région sus-hyoïdienne.

Nélaton, Boyer, Vidal de Cassis sont presque muets sur la question. Il faut excepter Follin et Duplay, qui, dans le tome cinquième de leur traité de Pathologie Externe, disent quelques mots des variétés principales de grenouillette sus-hyoïdienne.

Le Compendium de Chirurgie pratique de Gosselin et Demonvilliers donnent les plus longs détails sur cette forme de grenouillette. Ces auteurs distinguent deux espèces de grenouillette sus-hyoïdienne, une avec coexistence de kyste sublingual, et une autre sans proéminence dans la bouche.

Ils prescrivent, comme traitement, les injections vineuses ou iodées après lavage à l'eau tiède, mais sans compter sur une guérison radicale. Quant à la pathogénie, elle est à peine effleurée.

Dans les années qui suivirent la publication de la thèse de Leflaive, quelques nouveaux cas se trouvent consignés dans les autres thèses assez nombreuses qui furent soutenues sur la grenouillette. Mais une seule de ces thèses, celle de Bim-

bard (1853) fournit deux cas nouveaux observés dans le service de M. Nélaton. Dans la thèse de M. Dassen (1857), il est bien dit que « M. le professeur Velpeau, en 1837, à sa consultation de l'hôpital de la Charité, en a observé une qui occupait la totalité des régions parotidienne et sus-hyoïdienne gauche, » mais tout se réduit à cette simple mention.

Les thèses de Pichon (1854), Magnier (1855), Perroud (1858), Lelièvre (1861), Laudetta (1863), Demons (1868), Raillard (1871), Peyssonnié (1874), Guérin (1876), ne renferment, comme nous l'avons déjà dit, pour quelques-unes d'entre elles, aucun fait nouveau se rapportant au sujet qui nous occupe.

En 1856, M. Hubsch, de Constantinople, avait publié dans la Gazette hebdomadaire (p. 706) une observation ayant pour titre : engorgement des glandes sublinguale et sous-maxillaire; — grenouillette, etc.

Les traités de chirurgie, publiés à l'étranger, ne consacrent pas de chapitre particulier à la grenouillette sus-hyoïdienne, ou ne la signalent même pas. Nous n'avons rien trouvé sur ce sujet, dans le traité de Billroth, ni dans celui de Holmes.

Gross (A system of surgery, II, p. 534), signale

l'existence et les caractères propres de la grenouillette en question.

Fried-Pauli, dans son mémoire sur la grenouillette, a aussi indiqué l'apparition de la tumeur au-dessous du maxillaire inférieur et donne de celle-ci une explication spéciale.

Beaucoup des observations de grenouillette sus-hyoïdienne ont été publiées sous la dénomination de kyste du cou, et les détails ne sont pas suffisants pour qu'il soit possible d'affirmer qu'il s'agirait, en réalité, d'une forme insolite de grenouillette.

Pour nous, nous réserverons le nom de grenouillettes aux *tumeurs liquides et enkystées d'origine salivaire*; nous éliminons ainsi des affections différentes que nombre d'auteurs modernes ont eu le tort de confondre sous une même dénomination, c'est-à-dire toutes les tumeurs kystiques du plancher buccal de nature toute autre (kystes dermoïdes, kystes hydatiques, tumeurs érectiles).

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

La plupart du temps, les causes de la maladie échappent complètement. Le sexe n'a aucune influence, les hommes et les femmes se rencontrant dans les observations, en proportion à peu près égale.

Quant à l'âge, nous dirons que la période moyenne de la vie est celle qui paraît la plus disposée à l'affection. Dans la moitié des observations les sujets sont âgés de vingt-quatre à quarante-sept ans. Mais on a signalé des cas de grenouillette sus-hyoïdienne congénitale : Schwerin a publié, dans le *Berlin-Klin. Woch.* n° 3 p. 37 (1877), l'observation d'un nouveau-né, atteint d'une grenouillette sublinguale et d'une tumeur au-devant du cou, assez considérable pour gêner l'alimentation.

Une ponction fut pratiquée; la mort survint le douzième jour, et l'autopsie montre qu'il s'agis-

sait de kystes multiples à contenu séro-sanguinolent formés aux dépens des glandules sublinguales. Mais les caractères habituels de la grenouillette sus-hyoïdienne ne se retrouvent pas dans ce cas exceptionnel.

Donc, le plus souvent, on ne sait rien sur les causes occasionnelles ou déterminantes de la maladie; chez deux des malades dont les observations ont été citées par M. Delens, on trouve, dans les commémoratifs, des circonstances intéressantes à noter. Ainsi, chez l'une d'elles, un érysipèle de la face avait, d'après les renseignements de la malade, précédé de six semaines l'apparition des tumeurs sublinguale et sus-hyoïdienne. (Obs. II).

Chez une autre malade, on remarquait à la région sous-maxillaire une petite cicatrice dont elle expliquait l'existence par l'ouverture d'un abcès déterminé par l'introduction d'une barbe d'épi de blé au-dessous de la langue. Peut-être le corps étranger avait-il pénétré dans le canal de Wharton (Obs. III).

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Rappelons, avant de faire l'anatomie pathologique de cette affection, les considérations anatomiques principales sur cette région sus-hyoïdienne.

Si l'on pratique une incision curviligne au-dessus de l'os hyoïde, on rencontre successivement la peau, les fibres obliques du peaucier, les filets cervicaux du nerf facial et du plexus cervical superficiel, l'aponévrose cervicale superficielle, mince, sous laquelle se trouve la glande sous-maxillaire.

Située dans le vide intercepté entre les 2 ventres du digastrique, le maxillaire et l'os hyoïde, la glande est contenue d'après certains auteurs, dont Testut, dans une loge complète formée par un dédoublement de l'aponévrose cervicale superficielle, dont le feuillet profond tapisse la face inférieure des muscles hyo-glosse et mylo-hyoïdien et va se fixer sur la ligne oblique du maxil-

laire inférieur, tandis que le feuillet superficiel va se fixer au bord inférieur du maxillaire.

Pour Charpy, il n'y a pas de feuillet profond à la surface du mylo-hyoïdien; l'aponévrose sous-maxillaire descendant du bord inférieur du maxillaire va se continuer avec l'aponévrose sous-hyoïdienne, tandis qu'un feuillet réfléchi va se fixer à l'os hyoïde; ainsi se forme un cul-de-sac inférieur dans lequel descend la glande souvent assez bas au-dessous de l'os hyoïde. La loge est ouverte en deux endroits en avant, vers le plancher buccal avec le canal de Wharton entre l'hypoglosse et le mylo-hyoïdien, en arrière, vers le pharynx, le long du stylo-glosse.

La glande, située dans cette loge de façon que sa face externe regarde en dehors et en bas, et sa face interne soit verticale, n'adhère nullement à sa loge dont on peut facilement l'énucléer; dans la loge, accolés à la face externe et au bord supérieur de la glande, sont également les ganglions lymphatiques, formant deux groupes, antérieur et postérieur.

Les rapports avec l'artère et la veine faciale nous intéressent aussi.

Le bord supérieur de la glande, épais, est longé par une artère.

L'artère faciale, née de la carotide, arrive en

effet, sous le digastrique, à l'extrémité postérieure de la glande et se porte alors horizontalement en avant, se creusant souvent un sillon profond sur la glande, se recourbant au niveau du bord antérieur du masséter, mais continuée par la sous-mentale; dans son trajet l'artère donne des branches sous-maxillaires. La veine faciale collectant la veine sous-mentale, tantôt, suit l'artère en contournant le bord supérieur de la glande, tantôt abandonne l'artère pour aller croiser la face externe de la glande sous-maxillaire; elle va contribuer à former le tronc thyro-linguo-facial.

Si on relève la glande, on voit qu'elle repose sur un plan formé par l'os hyoïde et le muscle hyoglosse sur lequel chemine le nerf grand hypoglosse, accompagné de deux petites veines linguales superficielles, délimitant avec le digastrique et l'os hyoïde un triangle hypoglosso-hyoïdien (*trigonum linguale* de Pirogoff). Sous le muscle, dans l'aire de ce triangle, se trouve l'artère linguale.

Plus haut, en rapport avec la partie supérieure de la face interne de la glande, on trouve le nerf lingual à la face externe de l'hypoglosse, fournissant des filets anastomotiques à la 12^e paire, des filets à la glande sous-maxillaire, et auquel est appendu le ganglion sous-maxillaire avec ses

trois racines : sensitive (lingual), matrice (corde du tympan accolée au lingual), sympathique (plexus vasculo-facial).

Enfin, tout en haut, à la face interne du maxillaire on trouverait encore le nerf du muscle mylo-hyoïdien.

L'extrémité antérieure de la glande présente un prolongement souvent assez long qui va s'insinuer entre le muscle mylo-hyoïdien oblique en haut et en arrière, et l'hypoglosse oblique en sens inverse. Ce prolongement est longé par le canal de Wharton.

Ce dernier est en rapport : avec le nerf lingual qui, dirigé de haut en bas, vient le croiser obliquement en passant sur son bord externe; avec la glande sublinguale sous la face profonde de laquelle il chemine, ne recevant aucun canal excréteur de cette glande, pour Sappey, en recevant au contraire pour Suzanne (la glande sous-maxillaire accessoire de Nitot n'étant qu'un amas de glandules sublinguales); avec *la bourse séreuse de Fleischmann*.

Ce canal excréteur de 5 cent. de long sur 3 mil. de diamètre, se présentant extérieurement sous l'aspect d'une veine, va déboucher sur les côtés de la langue par l'ostium ombilicale; il se coude immédiatement avant sa terminaison.

Cette étude que nous venons de faire de la région a une grande importance. Dans le procédé de traitement que nous préconisons, c'est à une dissection, quelquefois minutieuse de la région, que l'opérateur doit se livrer.

Cela est surtout manifeste dans l'observation personnelle dont nous avons parlé dans l'introduction de ce travail.

L'anatomie pathologique de la grenouillette a été étudiée rarement :

M. Bazy a communiqué à la Société anatomique, en 1883, une note sur ce sujet. Des coupes transversales pratiquées dans les différentes parties de la paroi et surtout dans la partie postérieure d'une grenouillette sublinguale, ont montré en allant de l'intérieur à l'extérieur :

1° Un épithélium très épais formé par 12 ou 15 couches de cellules superposées : les couches superficielles sont formées de cellules déformées, aplaties ; dans les couches les plus profondes, au contraire, les cellules sont très nettes, un peu moins tassées et ont la forme cylindrique.

2° Dans l'épaisseur de la paroi, on trouve des dépressions en doigt de gant tapissées par une couche de cellules cylindriques, s'ouvrant dans le kyste, soit des dépressions plus profondes dont le fond est arrondi et plus large que l'orifice, le-

quel est rétréci et affecte la forme d'un goulot.

Enfin, dans un grand nombre de points, on trouve des cavités de volume variable tapissées par un Épithélium cylindrique, sans communications avec la face interne de la paroi, autrement dit avec l'intérieur du kyste ; les cavités paraissent être ainsi augmentées de volume, dilatées et remplies de liquide. Ce sont de véritables grenouillettes en miniature.

La constitution de la paroi, telle qu'elle vient d'être décrite, n'est pas particulière à une seule grenouillette, on la retrouve sur les autres grenouillettes ; elle semble à peu près constante.

La paroi d'une grenouillette n'est donc pas une paroi simple, comme on pourrait le supposer, analogue à la paroi d'un kyste sébacé vulgaire, mais sa structure rappelle d'une manière grossière celle d'un grand nombre de kystes ovariens, où, à côté d'une grande loge qui paraît à elle seule constituer le kyste, on en trouve un certain nombre de beaucoup plus petites, accolées à ses parois ; dans quelques cas ces parois elles-mêmes paraissent être constituées par une multitude de petits kystes.

Telle est l'histoire anatomique d'une grenouillette sublinguale ; cette étude n'a pas été reprise pour les grenouillettes sus-hyoïdiennes,

mais comme tout porte à croire que ces dernières ne sont que des prolongements de grenouillettes vulgaires, la structure doit être la même.

Nous appelons l'attention sur cette disposition kystique, ainsi que sur les nombreuses couches d'Epithélium qui tapissent la paroi ; nous reviendrons sur ce point important à propos des différentes méthodes de traitement.

Quant au mode de formation du kyste formant la grenouillette et à son siège exact, on n'est pas encore d'accord.

Recklinghausen, Sonnenburg, Cornil et Ranvier pensent qu'il s'agit d'un kyste développé dans la glande de Blandin. Ils se fondent principalement sur ce que la paroi de la poche est couverte de fibres musculaires qui n'existent pas au niveau du plancher buccal, sur ce fait qu'après l'extirpation, le doigt pénètre vers la pointe de la langue, et va très loin de ce côté, et sur cet autre, que la grenouillette volumineuse fait saillie sous le menton dans le plan médian, tandis que la saillie serait latérale s'il s'agissait d'un kyste de la glande sublinguale. Les variations dans la situation, l'aspect et le volume de la glande de Blandin expliqueraient celles qu'on voit dans la grenouillette.

Malheureusement pour cette théorie, l'observation des malades montre que la tumeur se dé-

veloppe au début dans la portion sublinguale du plancher de la bouche, derrière la face postérieure du maxillaire, laissant intacte la face inférieure de la langue, et qu'elle se trouve immédiatement au-dessus ou au-dessous et en avant du canal de Wharton; quant au gros argument, tiré de la présence de fibres musculaires dans l'épaisseur de la paroi de la grenouillette, il tombe devant la constatation faite par Suzanne de fibres musculaires striées, à direction antéro-postérieure, provenant du génio-glosse, dans l'épaisseur de la muqueuse du plancher de la bouche.

Nous pensons donc, que tout en pouvant exceptionnellement siéger dans la glande de Blandin, ce qu'une autopsie de Von Recklinghausen semble démontrer, la grenouillette vulgaire est ordinairement développée aux dépens des glandes sublinguales.

Quant au mode de formation du kyste, on admet, en général, qu'il s'agit de kystes par rétention, dus à une inflammation chronique, avec sclérose du tissu conjonctif qui entoure les conduits glandulaires.

Cette hypothèse, à peu près universellement acceptée il y a quelques années, commence à être battue en brèche.

Les recherches anatomiques de Suzanne ont

montré qu'il existait une sclérose de la glande avec atrophie, puis destruction par dégénérescence muqueuse des éléments glandulaires; le tissu fibreux séparant les alvéoles finirait par participer à la lésion et se transformerait progressivement en une masse hyaline et réfringente. Cette destruction de tous les éléments du lobule aboutirait à la formation d'une pseudo cavité kystique. Des cavités semblables, formées à côté de la première, s'en rapprocheraient et se confondraient avec elles, arrivant ainsi à constituer une véritable poche kystique.

Il s'agirait là, pour Suzanne, d'un processus analogue à celui des kystes ovariens.

Aucune autopsie n'a permis, non plus, de vérifier la disposition macroscopique du kyste ou des kystes qui constituent la grenouillette sus-hyoïdienne, car les détails fournis par Schwerin ne se rapportent pas à la grenouillette sus-hyoïdienne vraie.

Ainsi que l'avait affirmé déjà Giraldès, le siège du kyste sus-hyoïdien est le tissu cellulaire situé au-dessous de l'aponévrose superficielle du cou et non le tissu musculaire intermusculaire.

La mollesse de la tumeur, l'absence de limites précises, le volume considérable qu'elle prend quelquefois, en sont des preuves suffisantes. Ces

mêmes caractères prouvent également que les parois du kyste n'ont qu'une très faible épaisseur. L'extrême mollesse de la tumeur donnerait même à penser que le liquide s'est parfois épanché hors des limites primitives du kyste, dans le tissu cellulaire sous aponévrotique. Elle rappelle, en tout cas, par la consistance, les épanchements traumatiques de sérosité décrits par Morel-Lavallée.

Le contenu est d'ailleurs analogue à celui des grenouillettes sublinguales. Le liquide, quelquefois brun, orangé, est filant, visqueux, à tel point qu'il ne sort pas par l'orifice du trocart.

Quand il existe deux poches, l'une intra-buccale, l'autre sus-hyoïdienne, ces deux poches peuvent rester indépendantes, il y a alors simple coïncidence d'une grenouillette sublinguale et d'une grenouillette sus-hyoïdienne. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; souvent le kyste est bilobé, et ses deux moitiés communiquent ensemble d'une manière évidente ; cette communication est signalée dans un grand nombre d'observations ; on l'a vue se faire à travers une boutonnière musculaire, constituée par les muscles géniens. Une autre fois, chez une malade opérée par M. Hartmann, il s'agissait d'un kyste sous-maxillaire présentant un prolongement au-dessus du bord postérieur du mylo-hyoïdien.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

La pathogénie des grenouillettes sus-hyoïdiennes est loin de reposer sur des faits bien établis. Il faut d'abord distinguer deux cas : tantôt il s'agit d'une petite tumeur, à marche lente, c'est la grenouillette chronique, c'est le cas habituel pour la variété sus-hyoïdienne. Mais comme cette dernière semble n'être que le développement d'une grenouillette vulgaire, arrêtée dans son évolution vers la bouche, nous devons dire quelques mots de la grenouillette vulgaire ou sublinguale à marche aiguë.

Le Professeur Tillaux a communiqué à la Société de chirurgie, en 1874, les résultats de ses recherches sur la grenouillette. Tandis qu'il regardait la grenouillette chronique comme un kyste résultant de la dilatation d'un des conduits oblitérés de la glande sublinguale, il renonçait à cette théorie pour expliquer la grenouillette aiguë

à marche rapide, à développement brusque et pour ainsi dire instantané.

Se basant sur la nature salivaire du contenu, et sur la présence d'une véritable cavité close, le professeur Tillaux admettait que la grenouillette aiguë offrait pour conditions nécessaires à sa formation : 1^o à l'oblitération de l'orifice du conduit de Wharton ; 2^o l'altération des parois de ce conduit, altération qui le faisait communiquer avec la bourse séreuse de Fleischmann, la cavité close en question.

Cette théorie ne fut pas admise généralement.

Aujourd'hui on tend à isoler la variété aiguë du groupe des grenouillettes vraies.

A part quelques cas rares où la grenouillette aiguë survient à la suite d'une stomatite, d'un aphthe, elle n'est le plus ordinairement que le résultat de la présence d'un calcul ou d'un corps étranger du canal de Wharton.

Elle est caractérisée par un ensemble de symptômes alarmants : douleurs, tuméfaction du plancher buccal, phénomènes asphyxiques. Il y a là un ensemble clinique assez caractéristique, mais on ignore complètement à quelle lésion anatomopathologique il correspond, et il n'est rien moins que prouvé qu'il s'agisse d'un kyste.

Le Fort et Duplay pensent à un simple œdème

sous-muqueux ; pour von Recklinghausen, les phénomènes répondent au développement brusque d'un petit kyste jusqu'alors peu apparent. Peut-être s'agit-il simplement, comme le voulait Dolbeau, d'une poussée congestive, d'une sorte de fluxion inflammatoire passagère ? En tout cas, il s'agit là d'une affection aiguë, très différente de la grenouillette vraie. Telles sont les affirmations de M. Hartmann.

On peut ramener à 5 les principales hypothèses que l'on a faites pour expliquer la formation des grenouillettes sus-hyoïdiennes :

1° Pour le prof. Tillaux, il s'agirait d'un kyste de la bourse de Fleischmann, qui, en se développant, s'est glissé entre les muscles sus-hyoïdiens.

Nous avons déjà vu plus haut la discussion qui eut lieu à ce sujet à la Société de chirurgie ; dans son traité la clinique chirurgicale (t. I, p. 344), M. le prof. Tillaux proclame la même opinion : « La plupart des auteurs, dit-il, ajoutent l'épithète de sublinguale pour différencier cette grenouillette de celle qui se développe dans la région sus-hyoïdienne et qu'on appelle grenouillette sus-hyoïdienne.

« Je pense toutefois qu'il n'existe qu'une seule espèce de grenouillette, toujours primitivement sublinguale, et dont la sus-hyoïdienne n'est qu'un

prolongement ou un diverticulum. J'ajoute que le siège anatomique de la grenouillette est *constamment*, selon moi, la bourse séreuse de Fleischmann. »

Pour le même auteur, la grenouillette aiguë et la grenouillette chronique ne sont aussi qu'une même maladie dont la marche est différente. « Si l'on considère, en outre, que la grenouillette chronique présente une forme et des rapports identiques à ceux de la précédente et n'en diffère que par le mode d'évolution, n'est-il pas évident que les deux maladies ont le même siège ? La difficulté est de savoir d'où vient le liquide, Est-il secrété par les parois de la cavité, provient-il d'une glande salivaire, du canal de Wharton déchiré ?

Je ne saurais le dire, et c'est à cette recherche qu'il convient de nous borner aujourd'hui, pour compléter l'étude de la grenouillette. »

2° Pour M. Delens, la grenouillette sus-hyoïdienne serait le résultat de formations kystiques aux dépens de la glande sous-maxillaire accessoire, pouvant évoluer soit vers la bouche, soit vers la région sus-hyoïdienne.

3° Ou bien proviendrait à la fois du développement simultané d'une grenouillette aux dépens de la glande sous-maxillaire et aux dépens de la glande sublinguale, les deux pouvant arriver au

contact et communiquer secondairement (Delens et Giralès).

4° Pour Cadiot, tantôt la grenouillette sus-hyoïdienne serait due au développement vers la région sus-hyoïdienned'une grenouillette vulgaire arrêtée dans son évolution vers la bouche par l'existence du tissu cicatriciel résultant d'une intervention antérieure.

5° Tantôt elle serait due à la dilatation du canal de Wharton s'étendant vers le triangle hyo-digastrique par rétro-dilatation elle-même.

Dans le traité de chirurgie de Duplay-Reclus (tome V), M. Hartmann, après avoir rappelé ces diverses théories, les déclare de valeur inégale : « certaines sont très plausibles, dit-il, celle de Delens sur le siège de la glande sous-maxillaire accessoire par exemple, mais ne reposent pas encore sur des faits.

Les deux dernières seules nous semblent actuellement établies d'une manière indiscutable, comme le prouvent les faits suivants :

Dans une observation de Dieu, l'ablation d'une grenouillette sublinguale ayant été suivie de l'apparition d'une tumeur sus-hyoïdienne, l'opération montra qu'il s'agissait d'une récurrence de grenouillette sublinguale arrêtée dans son développement buccal par la cicatrice de la première interven-

tion et descendue vers la région sus-hyoïdienne, en passant entre les muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens.

Chez deux de nos malades, l'ablation nous fit voir qu'il s'agissait d'un kyste de la glande sous-maxillaire. »

CHAPITRE V

SYMPTÔMES.

Le mode de début de la grenouillette sus-hyoïdienne est variable.

Dans une première variété, de beaucoup la plus fréquente, la grenouillette sublinguale précède nettement l'apparition de la tumeur sus-hyoïdienne. Celle-ci ne se montre même, en général, qu'après plusieurs récidives de la grenouillette sublinguale, qui tantôt s'est rompue spontanément, tantôt a été méthodiquement traitée par ponction, injection ou même excision.

Dans quelques cas les deux tumeurs se développent simultanément.

Exceptionnellement enfin, la tumeur sus-hyoïdienne se montre la première ou existe seule.

Comme exemple du premier mode de début, nous citerons la majorité de nos observations.

Dans l'observation due à Leplaine, il semble bien que les deux tumeurs sublinguale et sus-hyoïdienne ont apparu en même temps.

Nous n'avons pas trouvé d'exemple de tumeur sus-hyoïdienne succédant à l'introduction d'un corps étranger dans le canal de Warthon.

Quand la grenouillette sus-hyoïdienne est constituée, elle se présente sous l'aspect suivant. Dans la région sous-maxillaire, au-dessous d'une des branches horizontales du maxillaire inférieur, on trouve une tumeur ou plus exactement une tuméfaction de volume variable, sans limites bien précises, plus ou moins arrondie, sans changement de couleur à la peau, indolente.

Cette tumeur est molle; elle présente même une mollesse très remarquable, donnant l'idée d'une poche incomplètement remplie par un liquide; elle est, en effet, fluctuante et comparable, dans une certaine mesure, pour la sensation qu'elle donne à la main, aux épanchements traumatiques de sérosité.

Si l'on examine la cavité buccale, on trouve dans certains cas la tumeur sublinguale qui, nous l'avons vu, ordinairement paraît la première. Souvent aussi la grenouillette sublinguale a disparu. Dans ce cas, il n'est pas rare de constater un épaissement et une tuméfaction générale du plancher buccal, qui paraît soulevé par du liquide. Rarement le sillon latéro-lingual est tout à fait

Lorsque la grenouillette sublinguale existe, on peut parfois y faire refluer par la pression une partie du liquide, contenu dans la poche sus-hyoïdienne, ce qui indique une communication entre les deux tumeurs. Inversement alors la tumeur sublinguale se vide dans la poche inférieure.

La fluctuation ne peut pas ordinairement être perçue d'une poche à l'autre lorsqu'on explore à la fois avec les doigts, du côté du plancher buccal et de la région sus-hyoïdienne. Mais, même en l'absence de tumeur sublinguale, la pression de la poche sus-hyoïdienne fait bomber d'une façon appréciable à la vue le plancher de la bouche.

L'orifice du conduit de Wharton reste ordinairement perméable, et un grain de sel, une goutte de vinaigre, déposés au-dessous de la langue font affluer la salive.

Nous avons dit que le volume de la tumeur sus-hyoïdienne était variable. En effet, dans les observations recueillies par nous, ce volume a varié depuis celui d'un petit œuf (obs. X) d'un œuf de dinde (obs. XII) au volume considérable de l'obs. XI, où elle descendait jusqu'au quart inférieur du cou et jusqu'à la clavicule (obs. VII).

Mais il s'en faut, dans ces cas, que le relief de la poche soit en rapport avec ses dimensions verticales ; la saillie est relativement médiocre, le li-

quide trouvant une voie facile vers les parties déelives. Transversalement, la tumeur s'étend aussi plus ou moins. Elle dépasse quelquefois, en avant, la ligne médiane (obs. XI).

En arrière, la tumeur peut se prolonger jusqu'au-dessous du lobule de l'oreille (obs. IX). Toujours elle reste bornée, en haut jusqu'à la branche horizontale du maxillaire, et dans aucun cas on ne l'a vue se prolonger au-dessous du sterno-mastoïdien. Malgré ces énormes dimensions, les signes fonctionnels, sont à peu près nuls.

La peau est toujours saine à la surface; profondément les limites de la tumeur sont indécises.

Elle est toujours latérale au début; d'après Cadiot, elle est très près de la ligne médiane lorsqu'elle vient de la glande sublinguale, assez en dehors lorsqu'elle a son point de départ dans la glande sous-maxillaire.

C'est là une distinction purement théorique; la grenouillette de la glande sous-maxillaire, dès qu'elle atteint un certain volume, se développe nécessairement au-delà de la ligne médiane, bridée qu'elle est, en dehors, par la forte cloison qui part de l'angle du maxillaire et sépare la loge sous-maxillaire de la loge parotidienne.

Dans un cas de M. Campenon, la tuméfaction était à peine plus marquée d'un côté que de l'autre,

et cependant il s'agissait d'un kyste de la glande sous-maxillaire, comme le montre l'ablation par dissection de la poche.

La marche est ordinairement lente. Il s'est toujours écoulé plusieurs mois et quelquefois des années avant que les individus qui en sont porteurs se présentent à l'observation du chirurgien. Ainsi dans un cas nous trouvons neuf mois de date ; une autre malade portait sa tumeur depuis dix-huit mois, une autre depuis deux ans.

La tumeur sublinguale concomitante présente au contraire des augmentations temporaires de volume, au moment des règles, par exemple.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic compte trois points :

1° La tumeur est-elle une grenouillette?

2° Y-a-t-il en même temps grenouillette sublinguale?

3° Dans ce cas existe-t-il une communication entre les deux poches?

1° La tumeur est-elle une grenouillette?

Les affections qui pourraient prêter à confusion sont : les *lipomes*, les *kystes hydatiques*, les *abcès froids*, les *kystes sus et sous-hyoïdiens*.

C'est surtout les abcès froids qu'il faudra en différencier avec soin.

Ceux-ci sont souvent entourés de leur bourrelet; ils sont plus tendus, la peau est rouge quelquefois, adhérent à leur surface.

S'il y avait un doute, ce qui ne saurait arriver qu'en cas de poche sus-hyoïdienne, unique, on serait autorisé à pratiquer une ponction exploratrice au moyen de la seringue de Pravaz, qui ramènerait du liquide seulement dans le cas d'un

abcès, le liquide d'une grenouillette étant trop visqueux pour s'écouler ainsi.

2° Y-a-t-il en même temps grenouillette sublinguale.

Le diagnostic ne souffre pas de difficulté : le siège, la forme, la transparence, la fluctuation sont en général des plus nets.

3° On recherchera avec soin, au moyen de la fluctuation s'il y a communication entre les deux poches.

Le pronostic de la grenouillette sus-hyoïdienne n'a rien de grave. La gêne fonctionnelle résultant d'une tumeur même volumineuse à la région sous-maxillaire est ordinairement très peu considérable. Nous sommes porté à croire que les faits d'asphyxie menaçante auxquels les auteurs du *Compendium de chirurgie* ont fait allusion, n'appartiennent pas à la grenouillette sus-hyoïdienne, telle que nous l'avons décrite. C'est, avant tout, la difformité qui préoccupe les malades, et elle est suffisante, dans la plupart des cas, pour justifier une opération.

La grenouillette sus-hyoïdienne n'a jamais non plus été le point de départ de fistules salivaires comme le craignaient les anciens, ce qui ne doit nullement nous étonner, étant donné le mode de formation d'une grenouillette.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Dans le traitement de la grenouillette, « la bibliographie, disent Forget et Reclus, s'est démesurément grossie de noms propres, de manœuvres inutiles ou disproportionnées. Dès l'antiquité, des chirurgiens ont ponctionné, incisé, cautérisé ou excisé des grenouillettes, en réclamant pour chaque procédé l'infailibilité thérapeutique. Or, en matière de « ranules » il en est du traitement comme de l'anatomie pathologique ; une formule exclusive est inapplicable à leurs variétés cliniques. Si tout réussit, tout échoue également, Verneuil l'a déclaré devant la société de chirurgie dans la discussion de 1881.

La logique indique, et l'expérience clinique confirme, que le procédé thérapeutique doit se subordonner un peu à l'espèce anatomique de la grenouillette, beaucoup à son ancienneté, aux qualités de son contenu liquide, à la rigidité de ses parois. »

Dans la question qui nous occupe, de grenouillette sus-hyoïdienne, 3 cas peuvent se présenter, suivant qu'il existe une ou deux poches, suivant qu'elles communiquent ou non entre elles.

1° Il n'existe qu'une poche sus-hyoïdienne:

Si la grenouillette sublinguale qui précède habituellement la grenouillette sous-maxillaire a disparu au moment où le patient réclame l'intervention, la ponction, et l'injection iodée constituent le traitement le mieux approprié. On fera la ponction avec un gros trocart, soit par la bouche, soit par la région sous-maxillaire; évacuation du liquide, lavages de la poche à l'eau, jusqu'à ce que celle-ci sorte claire, enfin injection de teinture d'iode, si l'on opère par le cou, d'alcool à 60° si l'on opère par la bouche.

La réaction qui suit cette petite opération est habituellement modérée; quelquefois elle est assez vive et s'accompagne de douleurs, lorsque la teinture d'iode est employée à l'état de pureté.

Toutefois les échecs sont fréquents et il sera nécessaire souvent, sinon dans une première opération, au moins dans une seconde d'employer la méthode sanglante.

2° Il existe deux tumeurs.

Quand il existe 2 tumeurs, la poche sublinguale

sera attaquée la première, car on ne peut pas toujours affirmer s'il y a ou non communication.

Un ténaculum accroche la paroi supérieure du kyste, ou bien une aiguille courbe la traverse d'une anse de fil en son point le plus saillant : la tumeur est ainsi commodément fixée. Quelques coups de ciseaux à lame courbe incisent le kyste ; la glaire filante s'écoule et bave ; on l'essuie et à coups de ciseaux, on continue l'incision partielle de la paroi supérieure de la tumeur, muqueuse y comprise : on enlève ainsi une bande en « côte de melon ». Deux pinces mordant alors et écartant les 2 lèvres de l'incision, on achève de vider et de nettoyer la cavité, en la détergeant avec de petits tampons d'ouate montés sur une pince. Quand la paroi est nette et nettoyée des viscosités adhérentes, on la touche à plusieurs reprises et avec insistance, à la solution de nitrate d'argent au 1/5 ou au 1/8 ; puis de petits bourdonnets ouatés font ce badigeon caustique en toutes les anfractuosités pariétales. La paroi blanchit ; la douleur est médiocre ; le malade se rince la bouche à l'eau salée ; l'intervention est terminée et généralement elle est efficace. Les jours suivants, si la paroi est vieille, enraidie, encore secrétante, il est utile de la toucher à nouveau à la solution de nitrate d'argent.

Il importe en effet que la cautérisation ne reste pas trop à fleur de parois. Les cautérisations superficielles font les insuccès thérapeutiques ; on se l'explique bien en étudiant les conditions anatomo-pathologiques de ces ranules récidivantes.

Nous avons vu, à l'anatomie pathologique, que Bazy avait signalé dans l'épaisseur de la paroi de petites cavités kystiques, rappelant celles d'un ovaire en dégénérescence.

Ces ressemblances dans le développement anatomique, entre les kystes ovariens et le kyste de la grenouillette, conduisent à des conséquences thérapeutiques identiques.

Il est évident que ces cavités closes, que ces acini dans l'épaisseur de la paroi, que ces petits kystes, ces grenouillettes en miniature peuvent et doivent être le départ de grenouillettes vraies, et le fait que M. Bazy cite dans le *Progrès médical* de 1884 (p. 735) le prouve autant que possible.

Il est impossible de ne pas établir un rapport entre les petites tumeurs saillantes voisines les unes des autres qui constituaient la grenouillette récidivante du cas de M. Bazy et les petites cavités kystiques contenues dans l'épaisseur de la paroi.

Vouloir prétendre que le processus de la récurrence est toujours le même et qu'il est dû au dé-

veloppement d'un de ces kystes microscopiques serait contraire à la vérité clinique.

La récidive peut se produire et se produit souvent par l'apparition nouvelle du kyste, opéré ou non, vidé spontanément ou par la main des chirurgiens.

La récidive après ouverture spontanée de la poche s'explique par la lenteur du processus qui donne lieu à l'épanchement, ce qui permet aux lèvres de la plaie de se réunir et de se cicatriser.

La récidive, après une opération chirurgicale, s'expliquera de la même façon, toutes les fois que l'opération n'aura pas créé d'autres conditions que celles que crée l'ouverture spontanée de la poche. Les procédés de guérison radicale de la grenouillette ne donneront donc de succès qu'à la condition de modifier non seulement la surface libre de la poche, mais aussi son épaisseur. L'anatomie pathologique nous apprend en effet qu'il ne suffit pas d'agir sur la surface intérieure du kyste, mais qu'il faut que l'agent modificateur agisse aussi sur toute l'épaisseur des parois, pour détruire ou oblitérer les petits kystes, et les culs de sac glandulaires qu'elles contiennent.

Aussi quand l'apparence lobulée plus dense, plus résistante d'une ranule, fait craindre dans la paroi même, l'existence de nombreux acini glandu-

lares, on peut utiliser l'action plus vigoureusement caustique du chlorure de zinc, suivant l'ancien procédé de Richet. Un gros fil traverse la paroi supérieure de la poche, en laissant la plus grande distance possible entre le point d'entrée et le point de sortie de l'aiguille; entre ces deux points la paroi est largement incisée; l'anse médiane est attirée, coupée, et chacun de ses chefs noué sur la lèvre correspondante de la plaie. La cavité kystique une fois nettoyée, une boulette de charpie ou d'ouate, nouée à un fil, imbibée de chlorure de zinc déliquescant et fortement exprimée est placée au fond de la poche et maintenue par une boulette sèche. Les deux fils de la plaie sont noués et ferment l'incision; le lendemain on coupe ces fils. Le chlorure a produit une petite eschare qui se détache au cinquième jour. La cavité se forme rapidement.

On ne saurait recommander les injections modificatrices au chlorure de zinc, suivant la méthode de Le Dentu.

Elles agissent à l'aveugle, sont infidèles, car elles n'atteignent pas la paroi du kyste; enfin elles exposent à une réaction inflammatoire qui n'est pas sans danger.

Quant à la désobstruction du canal de Wharton

elle repose sur une théorie incomplète et dans la pratique on doit passer outre.

Reste enfin l'extirpation.

Dans les cas d'une grenouillette rebelle, à parois sclérosées, denses, l'ablation totale de la poche s'impose, mais elle est souvent difficile quand les tumeurs dépassent un volume moyen. De plus, si les adhérences sont étendues et tenaces, il est inutile de poursuivre la dissection complète.

Le kyste une fois incisé et vidé, une pince mord chaque lèvre de l'incision, et on dégage à petits coups de bistouri, en serrant de près la paroi.

Quand on est arrivé à un point solidement attaché, on excise la portion libérée en laissant en place un morceau de paroi qu'on touche aux caustiques.

Dans notre deuxième observation personnelle, une semblable opération réussit enfin à guérir le malade.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Louis; Mém. de l'Acad. de chir. t. I, p. 361).

Grenouillette vulgaire, accompagnée d'une autre tumeur du volume d'un petit œuf. placé extérieurement sous le menton vers l'angle de la mâchoire, celle-ci présentait une fluctuation sensible et était bien distincte de la tumeur sublinguale. L'incision de la grenouillette vulgaire fit en même temps disparaître la tumeur extérieure.

OBSERVATION II.

Grenouillette sus-hyoïdienne du côté gauche
(Delens).

Françoise M..., âgée de quarante ans. A été atteinte il y a 4 mois d'un *érysipèle de la face*, et six semaines après avoir constaté pour la première fois l'existence d'une petite tumeur sous la langue, en même temps que d'une tuméfaction

au-dessous de la base de la mâchoire, du côté gauche.

La tumeur sublinguale avait le volume d'une amande, une teinte bleuâtre et ne causait qu'une gêne médiocre. La tumeur sous-maxillaire ne dépassait pas le volume d'une noix et était molle et mal limitée.

A chaque époque menstruelle, la malade remarquait une augmentation de volume de la tumeur sublinguale. En outre, elle avait la bouche très sèche, la salive lui manquait souvent, et elle était obligée de boire plus fréquemment.

Ponction de la tumeur sublinguale, amenant l'évacuation d'un liquide bleuâtre, non visqueux, et l'affaissement des deux tumeurs. Pas d'injection ; le liquide se reproduit.

A sa rentrée dans le service, on constate à la région sus-hyoïdienne gauche, une tumeur du volume d'une demi-orange, sans *limites précises, fluctuante, mais très molle*.

Elle n'est pas douloureuse, et la peau ne présente pas de changement de coloration.

Du côté de la cavité buccale, nous trouvons la muqueuse soulevée de chaque côté du frein de la langue, mais surtout à gauche, par du liquide ; cependant la fluctuation ne peut pas être nettement perçue du plancher buccale à la région sus-hyoï-

dienne, sans doute par suite de la grande mollesse de la poche extérieure.

Une ponction faite avec un trocart, ne détermine l'écoulement d'aucun liquide. En agrandissant avec des ciseaux, on donne issu à un liquide visqueux et transparent. La poche sus-hyoïdienne se vide complètement.

Suppuration; puis guérison; il ne reste qu'une induration légère sous l'angle de la mâchoire.

OBSERVATION III

Grenouillette sus-hyoïdienne du côté droit (Delens).

Claire Gr... âgée de trente ans, fait remonter à dix mois environ le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital.

Il lui semblait que, par instant, il s'écoulait un liquide sous la langue. Cependant elle n'a pas à cette époque constaté de tumeur sous le plancher de la bouche.

Mais au début de sa dernière grossesse, elle a remarqué à la région sous-maxillaire, du côté droit, une petite tumeur appréciable extérieurement, molle, superficielle, incolore, du volume d'une noisette.

A mesure que cette tumeur se développait extérieurement, une saillie se montra sur le plancher buccal, gênant les mouvements de la langue. Un jour elle se creva pendant le repas, et le liquide

qui s'écoula était filant, incolore et salé. En même temps la tumeur sous-maxillaire disparaissait momentanément pour se développer de nouveau bientôt après.

A son entrée à l'hôpital, elle a la forme et le volume d'un gros œuf de dinde dont la petite extrémité est en bas et dont la grosse extrémité un peu étalée répond à la base du maxillaire inférieur du côté droit. Elle dépasse même en arrière l'angle de cet os.

En bas, la tumeur descend à deux travers de doigt de l'insertion sternal du muscle sterno-mastoïdien.

Les limites de la tumeur sont peu nettes et sa consistance d'une mollesse remarquable. La peau qui la recouvre est saine, sans changement de couleur. On y remarque, cependant, en un point, une petite cicatrice sur l'origine de laquelle la malade donne des renseignements intéressants à noter. Elle raconte que vers l'âge de 10 ans, elle a eu dans cette région, un abcès déterminé par l'introduction accidentelle d'une barbe d'épi de blé dans l'épaisseur du plancher de la bouche.

Quoi qu'il en soit, l'existence d'un liquide remplissant incomplètement une poche à parois minces, dans la région sus-hyoïdienne est incontestable. La poche est superficielle, comme on

peut s'en assurer en faisant contracter le muscle sterno-mastoïdien de la gaine duquel elle reste indépendante, car elle conserve sa mobilité et sa mollesse.

L'examen de la cavité buccale montre une légère convexité du plancher muqueux, et lorsqu'on comprime la tumeur extérieure, le reflux du liquide augmente cette convexité d'une manière évidente. Les deux conduits de Wharton sont apparents et leur orifice est libre. La salive afflue abondamment, des 2 côtés, lorsqu'on dépose un peu de sel au voisinage du frein de la langue.

Le 22 septembre, on fait avec un trocart à hydrocèle, une ponction de la tumeur à la région sus-hyoïdienne. Le liquide qui s'écoule est filant et visqueux, légèrement rougeâtre. — Il ne s'avance qu'avec peine. — Des lavages abondants avec l'eau tiède sont faits dans la poche et suivis d'une injection iodée.

La réaction fut assez vive et la tuméfaction dépassa, le surlendemain de l'opération, le volume de la tumeur ponctionnée.

Une nouvelle poussée inflammatoire fit rouvrir l'orifice de la ponction, ce qui donna issue à une petite quantité de liquide filant.

OBSERVATION IV

*Forme insolite de grenouillette sublinguale et
sus-hyoïdienne (Gosselin).*

Il s'agit d'une jeune femme qui porte une petite tumeur sublinguale reposant sur le plancher buccal et constituée par une poche transparente à travers laquelle on devine la présence d'un liquide. La tumeur est indolente, molle et un peu fluctuante.

Le début remonte à 2 ou 3 ans ; mais le volume varie assez fréquemment. parce que de temps à autre, la poche s'ouvre et laisse écouler une substance épaisse et visqueuse comme du blanc d'œuf et parfois colorée en rouge par le mélange de quelques gouttes de sang. La malade a remarqué que cela se vidait surtout pendant les repas, sous l'influence des mouvements de mastication.

Cette tumeur ne peut être qu'une grenouillette.

Outre la tumeur sublinguale, nous trouvons une autre tumeur sous-maxillaire sus-hyoïdienne. Dans cette région on trouve un gonflement très notable, une tumeur arrondie, consécutive à la première, mais qui a surtout augmenté en 1 mois.

Elle est indolente, fluctuante, incomplète.

Il s'agit d'un kyste. Est-ce une coïncidence ou bien cette tumeur ne fait-elle qu'un avec la grenouillette sublinguale. En recherchant si la fluctuation se transmet de la région buccale à la région sus-hyoïdienne, on a cette sensation, mais peut-être s'agit-il seulement d'un déplacement de la tumeur sur le muscle mylo-hyoïdien intermédiaire.

OBSERVATION V.

Grenouillette sublinguale, coïncidant avec un kyste séreux sus-hyoïdien.

(Bull. de la Soc. de Chirurgie).

Il s'agit d'un homme de vingt-neuf ans, entré dans le service de M. Gosselin. Il y a 3 ans qu'il est atteint de l'affection pour laquelle il entre à l'hôpital et qui a consisté dès le début en une tuméfaction de la région sus-hyoïdienne ; à aucun moment, il n'a remarqué de tumeur sous la langue. Une première ponction de la poche, non suivie d'injection ne l'a pas empêché de se remplir de nouveau. Le malade affirme qu'à certaines époques elle aurait totalement disparu pour reparaitre ensuite.

La tumeur actuelle est régulière, arrondie, limitée en avant et latéralement par le bord inférieur du maxillaire, et se perdant en arrière, au-devant du larynx. Son volume est celui d'une moitié d'orange. Aucune altération de la peau. La tumeur est très molle, fluctuante.

Sur le plancher buccal pas de tumeur saillante, mais la muqueuse est un peu tendue. On n'y perçoit pas de fluctuation, lorsqu'on presse la tumeur extérieure. Mais on sent derrière la symphyse en menton une seconde tumeur, du volume d'une noix tendue et rénitente. Si l'on presse un peu fortement cette tumeur, elle se vide et le liquide qu'elle renferme vient proéminer sous la muqueuse buccale qu'elle soulève. Aucun signe fonctionnel.

Une ponction faite par la région sus-hyoïdienne fait sortir un liquide jaune, tenant en suspension des grains à reflets métalliques, qu'on reconnaît être de la cholestérine. On y constate en outre des globules muqueux assez nombreux et hérissés de prolongements cylindriques remarquables.

Lavages à l'eau tiède, ensuite injection iodée et compression. Peu à peu, la tumeur située derrière la symphyse disparaît graduellement.

OBSERVATION VI.

Grenouillette sublinguale coïncidant avec un kyste séreux sus-hyoidien. (Le Fort).

Il s'agit d'un homme de 24 ans, entré à l'hôpital Cochin, pour une tumeur siégeant sous la mâchoire inférieure du côté droit. Dans la région occupée par la glande sous-maxillaire, se trouve une tumeur assez fortement saillante, se prolongeant en bas, à 3 travers de doigt au-dessous du maxillaire, fluctuante, sans changement de couleur de la peau, laquelle est mobile à la surface de la tumeur.

En examinant si la tumeur fait saillie du côté de la bouche, on trouve sur le plancher buccal soulevé sur les parties latérales de la langue et avec lui, la glande sublinguale. Il existe en ce point une grenouillette avec tous ses caractères. Malgré des recherches minutieuses, il est impossible d'affirmer qu'il existe une communication réelle de l'une à l'autre poche. La pression exercée sur la tumeur sublinguale tend la tumeur sous-maxillaire et vice-versâ ; mais cette tension n'est peut-être pas le fait de la pression exercée sur le plancher buccal.

Cependant, comme cette grenouillette est une récédive, M. Le Fort avoue sa tendance à croire à la connexité directe des 2 tumeurs et à la nature salivaire de l'une et del'autre. Aussi, espérant vider l'une par l'autre, il attaque la poche sublinguale par dissection, excision et injection de quelques gouttes de teinture d'ode.

Toutes les pressions exercées sur la tumeur sous-maxillaire n'y firent rien, évidemment il n'y avait aucune communication. La tumeur sous-maxillaire fut quelque temps après ponctionnée, il s'en écoula un liquide citrin, mais limpide comme de l'eau, une injection termina l'opération et la tumeur ne se reproduisit pas.

OBSERVATION VII.

Grenouillette sus-hyoïdienne très volumineuse.

(Thèse de Bimbard).

Homme atteint d'une grenouillette vulgaire qui récédive plusieurs fois. A ce moment, la tumeur se développe à la région sus-hyoïdienne, et s'étend depuis la base de la mâchoire jusqu'à la clavicule. Injection iodée et guérison.

OBSERVATION VIII.

Thèse de Bimbard.

Malade de vingt-six ans. Début par une grenouillette sublinguale. A l'examen, on constate que la tumeur fait saillie à la fois dans la bouche, et à la région sous-maxillaire. Elle a déplacé la glande sous-maxillaire que l'on retrouve en arrière, sous forme d'une tumeur plus dure. Ponction et injection iodée. Guérison.

OBSERVATION IX.

Engorgement des glandes sublinguale et sous-maxillaire. — Grenouillette (Gazette hebdomadaire 1856).

Jeune turc porteur d'une grenouillette sublinguale volumineuse dont l'excision fut pratiquée ; il y eut guérison apparente, mais bientôt la tumeur se reproduisit dans la région sous-maxillaire, ou elle devint volumineuse. Elle se prolongeait en arrière jusqu'au dessous du lobule de l'oreille. Au début, le jeune homme pouvait, en comprimant la tumeur extérieure, en vider le contenu dans la bouche par un orifice étroit.

Le liquide obtenu par la ponction était albumineux.

OBSERVATION X.

Grenouillette sus-hyoïdienne. (Delens.)

Etudiant en médecine, âgé de 25 ans, porteur d'une tumeur sous-hyoïdienne sur laquelle il donne les renseignements suivants ;

Il y a un an environ, il s'est aperçu qu'il portait sur la partie latérale droite du plancher de la bouche une petite tumeur molle, indolente, bleuâtre, ayant toutes les apparences d'une grenouillette sublinguale ; à plusieurs reprises il l'a percée lui-même lorsqu'elle avait le volume d'une amande, et il s'en est écoulé chaque fois un liquide filant, analogue à du blanc d'œuf. Mais la reproduction se faisait rapidement. Puis bientôt une tuméfaction s'est montrée à la région sus-hyoïdienne et s'est développée peu à peu. La région sous-maxillaire droite est en effet envahie par une tumeur sans limites précises. Son volume est celui d'un petit œuf de poule. La peau n'a pas changé de couleur. La palpation fait constater une poche très molle, régulière, sous-cutanée, renfermant un liquide qui ne la remplit qu'incomplètement.

Sur le plancher buccal on ne voit pas de traces de la tumeur primitive, mais la muqueuse est un peu soulevée, et toute la moitié droite du plancher buccal présente une légère convexité qui n'existe pas à gauche.

L'orifice et la saillie du conduit de Warthon paraissent à l'état normal.

OBSERVATION XI.

*Grenouillette sus-hyoïdienne du côté gauche. —
Drainage et injections iodées (Delens).*

Femme de 26 ans; on a vu se développer il y a trois ans une tumeur sur le côté gauche du plancher buccal; cette tumeur avait le volume d'une noix. Elle avait été excisée par Malgaigne qui avait diagnostiqué une grenouillette.

Pendant une année guérison apparente, malgré de petites accumulations de liquide qui se faisaient de temps en temps.

Mais depuis 18 mois une nouvelle tumeur est apparue, faisant saillie, non plus dans la cavité buccale, mais à la région sus-hyoïdienne. Elle a été ponctionnée une première fois il y a un an et il en est sorti un liquide filant. Mais malgré une

injection iodée, le liquide s'est reproduit et c'est ce qui ramène la malade à l'hôpital.

Actuellement la tumeur occupe les trois quarts de la partie latérale gauche du cou. Les limites sont peu précises ; supérieurement elle est bornée par toute l'étendue du bord de la mâchoire inférieure. Elle ne dépasse pas en avant la ligne médiane en haut, mais inférieurement, elle recouvre le cartilage thyroïde en entier et s'avance par conséquent un peu sur le côté droit du cou.

En arrière elle ne dépasse pas le bord postérieur du sterno-mastoïdien, et en bas elle atteint presque les insertions inférieures de ce muscle.

La peau a conservé sa coloration normale. La palpation fait percevoir une mollesse remarquable de la tumeur et donne la sensation d'un liquide remplissant incomplètement une poche à parois peu épaisses et superficiellement située.

Rien de notable sur le plancher buccal. On ne peut percevoir la fluctuation par le plancher de la bouche, même lorsqu'on refoule le liquide au-dessous de la mâchoire.

Il n'y a ni douleur, ni gêne de la respiration ; c'est surtout à cause de la difformité que le malade demande une intervention.

M. Chassaignac pratique une ponction qui donne issue à un liquide filant mêlé à un peu de

sang. Un drain en anse est passé à travers la poche, et tous les jours une injection de teinture d'iode est pratiquée par ce tube. La cavité kystique diminue et le malade quitte le service. Mais au moment des règles, on perçoit sur le côté droit du plancher buccal, une petite tumeur ayant le volume d'une noisette, située parallèlement au conduit de Wharton.

Elle diminua les jours qui suivirent; on n'a pu s'assurer si elle renfermait du liquide.

Deux ans après, la malade ne conservait de trace ni de l'une, ni de l'autre tumeur.

OBSERVATION XII.

Grenouillette sus-hyoïdienne. Ponction.

Injection iodée (Leflaive).

Homme de 47 ans, a vu se développer, il y a 18 mois, une tumeur sublinguale qui faisait déjà une légère saillie dans la région sus-hyoïdienne.

Malgré une première ponction, elle se reproduisit, ce qui nécessita l'excision. La récurrence ne fut pas empêchée.

La tumeur proémine presque uniquement à la région sus-hyoïdienne. Elle est molle, fluctuante du volume d'un œuf de dinde, régulière, plus

saillante à gauche qu'à droite, indolente; elle n'occasionne aucun trouble fonctionnel. Au-dessous de la langue, le plancher de la bouche est tendu, résistant, ayant un peu l'apparence d'un tissu cicatriciel. A gauche existe une petite tumeur du volume d'une aveline, recouverte d'une muqueuse inégale et rugueuse.

Une ponction donne issue à 120 grammes d'un liquide rougeâtre, visqueux, albumineux. Injection iodée. Guérison.

OBSERVATION XIII.

Grenouillette sublinguale et hyoïdienne (Gillette).

Homme de 72 ans, bien portant, porteur d'une tumeur sublinguale depuis 18 ans au moins; aucun phénomène inflammatoire. Sous la langue, elle faisait une saillie analogue à celle d'une pomme d'api; fluctuation et sensation pâteuse. Passage d'un gros drain du cou à la bouche. Après l'ouverture faite dans le segment sublingual, il sort une quantité considérable d'une matière analogue absolument au mastic de vitrier. On enlève toute cette substance avec une grosse curette plongée dans la poche à diverses reprises. A la suite de l'opération il n'y eut au-

cun accident, aucune réaction inflammatoire : mais quand le malade est sorti, au mois de décembre, la tumeur sublinguale semblait s'être reproduite en partie.

OBSERVATION XIV (Dieu).

Fillette de 7 ans entre à l'hôpital de Sétif pour une tumeur située sous la langue depuis 2 mois. Fluctuation, parois minces et transparentes.

Diagnostic : grenouillette. Incision.

Six mois après l'enfant revient avec une tumeur siégeant sous le menton, indolente, peu tendue.

Nouvelle tumeur kystique, également sous la langue.

Les deux tumeurs communiquent, comme on peut s'en assurer, par la compression de l'une.

Dissection de la poche sus-hyoïdienne : les parois du kyste s'engageaient dans une boutonnière assez large formée par les muscles génio-hyoïdien et génio-glosse ; on les excise à l'aide de quelques coups de bistouri. Il fut aisé de voir que le kyste sus-hyoïdien communiquait largement avec le kyste sublinguale par une ouverture à peu près semblable à la glotte, les lèvres de cette ouverture étant représentées par les muscles génio-hyoïdien et génio-glosse. — Guérison.

OBSERVATION XV (Personnelle).

Louis Verg... âgé de 33 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour une tumeur de la région sous-maxillaire.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Il y a 3 mois que le malade s'est aperçu de cette tuméfaction ; il raconte avoir eu en même temps une tuméfaction sous la langue ; mais un jour elle se serait vidée spontanément (?)

A l'examen on note que le plancher buccal présente un léger gonflement sur la partie latérale droite.

La tumeur sus-hyoïdienne est molle, fluctuante, ou porte le diagnostic de grenouillette sus-hyoïdienne et on propose de lui enlever cette tumeur ; malheureusement le malade n'est pas revenu.

OBSERVATION XVI (Personnelle).

Ren... Alexandre, âgé de 27 ans, entre le 29 janvier à l'hôpital Tenon dans le service de M. le Dr Reynier ; il est couché au n° 21 de la salle Seymour.

Pas de maladie antérieure.

C'est pendant son service militaire que le malade s'aperçut il y a 5 ans, de la présence à la face inférieure de la langue d'une tumeur qui, d'emblée, lui sembla présenter, dit-il, le volume d'une pomme. Aucune gêne dans la mastication, un peu d'empâtement de la parole.

Il entre à l'hôpital militaire du Mans, où on l'opère, en faisant passer au travers de la tumeur une aiguille munie d'un drain de petit calibre, et qu'on laisse à demeure à la façon d'un séton.

Sorti de l'hôpital, le malade garde son drain pendant 4 mois; aucun écoulement ne se fait par les orifices du drain, mais la tumeur s'affaisse, jusqu'au moment où, à la fin du quatrième mois, le malade ennuyé de garder ce drain, le retire de lui-même. La tumeur réapparaît bientôt aussi volumineuse qu'autrefois.

Le malade n'y prend garde, mais au trentième jour après sa sortie, voilà qu'il est pris tout-à-coup d'accidents aigus de semi-asphyxie : crises d'étouffement, face rouge, vultueuse, soif d'air :

« J'ai cru, nousdit-il que j'y restais ; ma langue me sembla devenir énorme, se soulever, se retirer en arrière, et remplir toute ma bouche. »

Ces accidents s'amendent un peu, et on le transporte d'urgence à l'hôpital militaire, où il est une

seconde fois, opéré de la même façon que la première. Mais il ne garde le drain qu'un mois, le chirurgien le retire lui-même, et le malade sort guéri, en apparence seulement. En effet, un mois plus tard, la tumeur réapparaît avec tous ses caractères primitifs.

Troisième entrée à l'hôpital, troisième opération analogue; mais, cette fois, on injecte à travers le drain une faible quantité de teinture d'iode, injection suivie de douleurs assez vives du côté de la langue et des oreilles.

Après un séjour de deux mois à l'hôpital, le malade part en convalescence dans sa famille. La tumeur sublinguale disparaît à peu près complètement, et pendant 10 mois il peut se croire complètement guéri, et à l'abri de tout accident. Mais, il y a 2 ans, il s'aperçoit un jour de la présence, à la face postérieure de la branche montante du maxillaire inférieur, du côté droit, d'une petite boule ovoïde, très dure, se laissant difficilement déprimer, et qui disparaissait de temps en temps pour reparaître, comme par accès.

Longtemps la tumeur garda ce volume primitif, et occupa la région rétro-maxillaire droite; mais peu à peu, elle grossit, envahit la région sus-hyoïdienne, sans gêner autrement le malade que par son volume.

A deux reprises différentes, on lui fit, en ville, une ponction à l'aide de l'aspirateur Potain ; il sortit de la poche un liquide huileux, gras, en assez grande abondance ; mais jamais la poche sus-hyoïdienne ne se vida complètement en raison, soit de la viscosité du liquide, soit de l'étroitesse du trocart.

En présence de cette persistance du liquide, le malade se décide à venir consulter à l'hôpital Tenon dans le service de M. le D^r Reynier.

A son entrée on constate : une tumeur molle, occupant, comme un collier, toute la région sus-hyoïdienne latérale droite et empiétant sur le côté gauche. Son volume est celui d'une grosse orange.

Ses limites sont : en avant et en haut, le bord du maxillaire inférieur ; en arrière et en bas une ligne courbe à convexité inférieure dont le sommet répond au bord supérieur du cartilage cricoïde ; à droite une verticale passant par l'angle du maxillaire inférieur ; à gauche une ligne courbe à convexité externe, située à deux travers de doigt environ de la ligne blanche cervicale.

Au premier abord, en raison de l'aspect flasque et ballotant de cette tumeur-appendue au cou, on peut croire à un lipôme. Un examen plus attentif fait rapidement poser le véritable diagnostic.

La peau a conservé sa coloration normale.

La palpation fait percevoir une mollesse remarquable de la tumeur qui donne la sensation d'une poche incomplètement remplie de liquide. La fluctuation est facile à saisir; les parois semblent un peu épaissies, le kyste paraît assez superficiel.

A la face inférieure de la langue existe une tumeur bilobée, étalée, aplatie, à bords nets et sur un plan supérieur à celui de la muqueuse buccale; la forme en est exactement comparable à celle de la ranule type.

Le canal de Wharton n'a pas été cathétérisé; on en découvre les orifices par le procédé du sel dont on place un grain au niveau du frein de la langue.

Si l'on presse sur la tumeur sus-hyoïdienne, on constate très nettement le passage d'un flot liquide dans la tumeur sublinguale qui se soulève ou se déprime alternativement, suivant qu'on exerce ou qu'on interrompt la pression.

Si l'on presse sur la tumeur sublinguale, aucune modification ne se produit du côté de la région sus-hyoïdienne.

Il n'y a pas de trouble fonctionnel, aucune gêne respiratoire, ni phonétique. C'est surtout à cause de la difformité que le malade réclame une intervention.

La région étant préalablement rasée, lavée à l'éther et au sublimé, on pratique sous le chloroforme à deux travers de doigt au-dessous du bord inférieur du maxillaire inférieur, une incision horizontale, parallèle à ce bord et de 8 cent. de longueur environ. Pincés hémostatiques sur quelques vaisseaux de peu d'importance. Après avoir incisé le peaucier, assez épais de l'aponévrose cervicale superficielle, on tombe directement sur la tumeur recouverte par quelques fibres musculaires épaissies, étalées, et dépendantes du mylo-hyoïdien. La tumeur paraît être d'une finesse extrême. Grâce à sa transparence, on peut apercevoir, sous son enveloppe, le liquide grisâtre qui y est contenu.

On essaye d'enlever la tumeur sans la perforer et à l'aide de la pince à griffes et du bistouri, de disséquer les fibres très adhérentes qui l'enserrent. Mais la poche, extrêmement fine, se rompt bientôt laissant échapper une assez grande quantité de liquide blanc, filant, jaunâtre, visqueux, de la consistance d'une solution de gomme.

Ce petit accident, qui a paru inévitable, permet de mieux apprécier les connexions de la poche et de l'isoler plus complètement.

Employant tour à tour l'extrémité de l'index et le bec mousse de la spatule, puis la pointe du bis-

tour, on parvient à disséquer presque complètement le sac kystique, jusqu'à son extrémité supérieure.

En exerçant alors sur lui des tractions légères, on fait disparaître en totalité la tumeur sublinguale, et un doigt introduit dans sa cavité arrive au contact d'un autre doigt placé sur la tumeur sus-hyoïdienne.

Il est donc parfaitement net que l'on a affaire à une tumeur sublinguale primitive qui, en se développant, s'est insinuée dans la région sus-hyoïdienne, grâce à l'interstice offert par le mylo-hyoïdien et l'hyo-glosse.

Les prolongements qu'elle a poussés sous ces muscles en rendent la dissection assez minutieuse. Mais quand elle est terminée, on voit clairement les connexions du kyste : il repose sur le mylo-hyoïdien et l'hyo-glosse, encadré en bas par le tendon intermédiaire du digastrique qui traverse la plaie, il est recouvert par la glande sous-maxillaire qui a été légèrement repoussée en haut.

Celle-ci est tout à fait normale comme volume, complètement saine, ne présentant aucune dilatation kystique, aucun point la rattachant à la grenouillette sus-hyoïdienne.

Le kyste salivaire est détaché au moyen de

ciseaux à son extrémité supérieure ; il est enlevé presque en totalité, moins son sommet.

La plaie est lavée plusieurs fois au sublimé ; la cavité artificiellement créée par l'excision de la tumeur est badigeonnée avec la solution de chlorure de zinc au 20^e ; enfin, une mèche de gaz iodoformée est laissée dans la poche.

Suture de la plaie au crin de Florence. Pansement occlusif.

Le 5 février, c'est-à-dire sept jours après l'opération, les fils sont enlevés ; la plaie est complètement réunie.

Il persiste encore sous la langue une petite tumeur molle, à gauche du frein, et qui paraît se continuer sous la région sus-hyoïdienne. Cette tuméfaction a complètement disparu plus tard, car *cinq mois après*, nous avons revu le malade qui ne présentait plus aucune trace de son ancienne affection.

CONCLUSIONS

1° La pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne ne semble pas aussi complexe qu'on l'a dit : dans la grande majorité des cas elle est consécutive à une grenouillette vulgaire, elle apparaît comme étant un prolongement de cette dernière, laquelle semble toujours due à une altération du canal de Wharton, altération, qui, suivant la théorie du Professeur Tillaux, amène sa communication avec la bourse séreuse écrite par Fleischmann en 1841.

Comme aujourd'hui, on admet que la glande sous-maxillaire accessoire n'est qu'un amas de glandes sublinguales, il n'y a plus à tenir compte de la théorie qui faisait de la grenouillette sus-hyoïdienne une ectasie de la glande sous-maxillaire accessoire.

2° Dans les cas où la grenouillette sus-hyoïdienne semble primitive, c'est que la grenouillette sublinguale a échappé à l'attention du malade par son faible volume.

3° Il faut éliminer du groupe des grenouillettes sus-hyoïdiennes les *lipomes*, *kystes dermoïdes*, *kystes*

thyro-hyroïdien de Boyer, liés à la dilatation des glandules glosso-épiglottiques, comme Nélaton et Gosselin l'ont montré; ces affections ne doivent pas être décrites, comme l'a fait Chabert (Th. de Montpellier 1885) dans le groupe des grenouillettes.

4° Le traitement de choix est l'extirpation suivie d'un attouchement des parois de la poche au chlorure de zinc. Les récidives semblent tenir à ce manque de précaution, le caustique n'ayant pas détruit les petits kystes et les nombreuses couches épithéliales qui les recouvrent.

5° Dans le cas d'une communication entre les deux poches sublinguale et sus-hyoïdienne, la règle sera de traiter d'abord la poche sublinguale par la ponction et les injections irritantes : souvent le trocart, ainsi que l'injection pénétrant dans la poche sus-hyoïdienne, suffiront pour amener la guérison.

6° Si au contraire il y a indépendance des deux kystes, on traitera en premier lieu la grenouillette sublinguale.



BIBLIOGRAPHIE.

- ALBERT. — Die neuesten Ausichten uber die Natur der Ranula. Allg. Wien. med. Zeitung, 1887. 379.
- ACHARD et LANNELONGUE. — *Traité des kystes congénitaux*. Paris, 1886, p. 417.
- BAZY. — Anatomie Pathologique de la grenouillette. *Progrès médical*. Paris, 1883, p. 735.
- CADIOT. — Etude sur les grenouillettes. Th. de Paris, 1879, n° 310.
- GHABERT. — Des Grenouillettes. Th. de Montpellier, 1885, n° 55.
- CHAUVEL. — Art. Grenouillettes. *Dict. Encyclopédique des Sc. Médicales*, Paris, 1884, 4^e série. t. X, p. 628.
- CORNIL et RANVIER. — *Manuel d'Histologie Pathologique*. Paris, 1884, t. II, p. 246.
- DASSEN, — Etude sur la Grenouillette et sur son traitement par les injections irritantes.
- DELENS — De la grenouillette sus-hyoïdienne. *Revue de Chirurgie*, 1881.
- DIEU. — Un cas de grenouillette sublinguale et sus-hyoïdienne. *Bull. Soc. de Chirurgie*, Paris, 1881, t. V. p. 456.
- FASSENOT. — De la grenouillette et de son traitement. Strasbourg, 1855.
- FORGET. — De la coexistence d'une grenouillette sublinguale et d'un kyste sus-hyoïdien. *Bull. Soc. de Chirurgie*, Paris, 1871.

- GILLETTE. — Grenouillette sublinguale et sus-hyoïdienne. *Journ. de Conn. Med. prat.* Paris, 1884, p. 107.
- GOSSELIN. — Grenouillette sublinguale et hyoïdienne, *Gazette des Hôp.* de Paris, 1880, p. 577.
- HARTMANN. — Nouveau Traité de chirurgie Duplay et Reclus. Art. Grenouillettes. t. V. p. 431.
- HERGÉS. — Über die Behandlung der Ranula. Würzburg, 1882.
- MAGNIER. — Nature de la grenouillette et son traitement. Paris, 1854.
- OVERBECK. — Zur Behandlung der Ranula. *Arch. fur klinik. chir.* Berlin, 1884. s. 452.
- PICHON. — De la grenouillette et de son traitement. Paris, 1854.
- TILLAUX. — Pathogénie de la grenouillette. *Bull. Soc. de chir.* Paris, 1874, p. 319.
- SONNENBURG. — Sitz und Behandlung der Ranula. *Arch. fur klinik. chirurgie*, Berlin, 1883, s. 627.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,

TILLAUX

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

